

## ANEXO III



MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 8º DISTRITO NAVAL

### MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Credenciamento (CEC) do Comando do 8º Distrito Naval:

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do profissional), \_\_\_\_\_ (profissão), inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_ no Estado de \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, requeiro meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha na jurisdição do Comando do 8 Distrito Naval em São Paulo, nas Especialidades de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 02/2025, seus Anexos e Apêndices, inclusive com os valores e instruções constantes Tabela Referencial para credenciamento (apêndices: \_\_\_\_\_).

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 8 do TERMO DE REFERÊNCIA, anexo I do EDITAL DE CREDENCIAMENTO SAÚDE nº 02/2025.

O meu consultório está localizado à \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_, sala \_\_\_\_\_, bairro de \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ e o atendimento é feito às \_\_\_\_\_ (dias da semana) no horário de \_\_\_\_\_.

Para recebimento de pagamento, informo que meu banco é \_\_\_\_\_, agência \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_.

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas Normas acima citadas.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Local, data)

\_\_\_\_\_  
(Nome completo, identidade e assinatura)